

Formulaire de consultation en thérapie corporelle

Nom : _____ Numéro du concurrent(e): _____

Nous voulons nous assurer que les modèles reçoivent le meilleur traitement possible de la part de nos concurrents(es). Veuillez lire les informations suivantes et cocher les contre-indications qui vous concernent.

Prenez-vous actuellement des médicaments ? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer les médicaments que vous prenez.

En ce qui concerne votre corps, veuillez indiquer les éléments suivants qui vous concernent.

Condition	OUI	NON	Notes
Allergies			
Arthrite			
Diabète			
Remplacement(s) articulaire(s)			
Pression artérielle basse/élevée			
Fibromyalgie			
Engourdissement			
Entorses et foulures			

En ce qui concerne vos pieds, veuillez indiquer les éléments suivants qui vous concernent.

Condition	OUI	NON	Notes
Pieds secs			

Peau craquelée			
Démangeaisons			
Peau qui pèle			
Champignons de la peau			
Ongles décolorés			
Ongles épais			

En ce qui concerne votre tête/cou, veuillez indiquer les éléments suivants qui vous concernent.

Condition	OUI	NON	Notes
Coupures/Abrasions			
Ecchymoses/gonflements			
Affections cutanées (eczéma, dermatite, psoriasis)			
Affections contagieuses			
Migraines			
Vertige			
Blessures récentes à la tête ou au cou			

J'ai répondu à toutes les questions ci-dessus au mieux de mes connaissances.

Signature du modèle :
